

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

No

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

412

(Diplôme Universitaire

PAR

Lupu Baras

Né le 13 Octobre 1903 à Neamtz Roumanie

L'ÉTAT ACTUEL DE LA
PROPHYLAXIE DE LA LÈPRE



Président : M. TANON, Professeur

ÉDITIONS JEL
16, Rue Ernest-Cresson
Paris



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire

PAR

Lupu Baras

Né le 13 Octobre 1903 à Neamtz Roumanie

L'ÉTAT ACTUEL DE LA
PROPHYLAXIE DE LA LÈPRE



Président : M. TANON, Professeur

ÉDITIONS JEL
16, Rue Ernest-Cresson
Paris

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN.

G. ROUSSY

I. - PROFESSEURS

	MM.
<i>Anatomie</i>	ROUVIERE.
<i>Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale</i>	PROUST.
<i>Physiologie</i>	Léon BINET.
<i>Physique médicale</i>	STROHL.
<i>Chimie médicale</i>	DESGREZ.
<i>Bactériologie</i>	Robert DEBRE.
<i>Parasitologie et histoire naturelle médicale</i>	BRUMPT.
<i>Pathologie et thérapeutique générales</i>	BAUDOUIN.
<i>Pathologie médicale</i>	CLERC.
<i>Pathologie chirurgicale</i>	CHEVASSU.
<i>Anatomie pathologique</i>	TIFFENEAU.
<i>Histologie</i>	ROUSSY
<i>Pharmacologie et matière médicale</i>	CHAMPEY.
<i>Thérapeutique</i>	LOEPER.
<i>Hygiène et médecine préventive</i>	TANON.
<i>Médecine légale</i>	BALTHAZARD
<i>Histoire de la médecine et de la chirurgie</i>	LAIGNEL-LAVASTINE.
<i>Pathologie expérimentale et comparée</i>	FIESSINGER.
<i>Hydrologie thérapeutique et climatologie</i>	Maurice VILLARET.
<i>Clinique médicale</i>	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
<i>Hygiène et clinique de la première enfance</i>	LEREBoullet.
<i>Clinique des maladies des enfants</i>	NOBECOURT.
<i>Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale</i>	H. CLAUDE.
<i>Clinique des maladies cutanées et syphilitiques</i>	GOUGEROT.
<i>Clinique des maladies du système nerveux</i>	GUILLAIN.
<i>Clinique des maladies infectieuses</i>	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
<i>Clinique chirurgicale</i>	GREGOIRE.
	LENORMANT.
<i>Clinique ophtalmologique</i>	TERRIEN.
<i>Clinique urologique</i>	MARION.
	BRINDEAU.
<i>Clinique d'accouchements</i>	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
<i>Clinique gynécologique</i>	J.-L. FAURE.
<i>Clinique chirurgicale infantile et orthopédie</i>	OMBREDANNE.
<i>Clinique thérapeutique médicale</i>	RATHERY.
<i>Clinique oto-rhino-laryngologique</i>	LEMAITRE.
<i>Clinique thérapeutique chirurgicale</i>	Pierre DUVAL.
<i>Clinique propédeutique</i>	SERGENT.
<i>Clinique de la Tuberculose</i>	Léon BERNARD.
<i>Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte</i>	MATHIEU.
	HOVELACQUE
	MILON.
<i>Professeurs sans chaire</i>	OLIVIER.
	VERNE.



II. - AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANIN **N** . Neurologie et Psychiatrie.
 MENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne) . Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Pharmacologie.
 JANNON Anatomie pathologique.
 HAZARD Hygiène.
 LABBE (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.

MIM

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY ... Pharmacologie.
LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS.... Pathologie chirur-
gicale.
PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUENU Pathologie chirurgicale.
RICHEL Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
SEZARY Dermatologie et syphi-
ligraphie.
TROISIERS Pathologie expérimen-
tale.
TURPIN Pathologie médicale.
VANLERY-RADOT
(Pasteur) Pathologie médicale.
VELTER Ophthalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. - AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE *Pathologie chirurgicale.*
BUSQUET *Pharmacologie.*
CHAILLEY-BERT . *Physiologie.*

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE . Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. - AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ABRAMI
AUBERTIN
BRULE *Clinique médicale.*
CHIRAY
DUVOIR
HARVIER
LIAN

MM.

GUENIOT
LE LORIER *Clinique obstétricale.*
LEVY-SOLAL ..
METZGER

MM.

BASSET
CADENAT
HEITZ-BOYER .. *Clinique chirurgicale.*

MOCQUOT
MOURE
SCHWARTZ

V. - CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ...	<i>Education physique.</i>
FRÉY	<i>Stomatologie.</i>
LEDoux-LEBARD	<i>Radiologie clinique.</i>
WEIL-HALLE	<i>Puériculture.</i>

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES FRERES

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A Mademoiselle ALICE MULLER

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris

Conseiller technique au Ministère de la Santé publique

Officier de la Légion d'honneur

*Qui m'a suggéré le sujet de cette thèse
et fait le grand honneur d'en accep-
ter la présidence.*

A Monsieur le Docteur P. SEE

A MES MAITRES DE LA FACULTE

ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Dès l'antiquité la plus reculée, la lèpre est signalée dans le monde. Les races les plus diverses, les climats les plus variés sont tour à tour ou simultanément touchés.

Le problème de la prophylaxie de la lèpre est d'autant plus compliqué, d'autant plus ardu qu'il s'adresse à des malades de constitution physique différente et à des milieux ethniques et sociaux les plus opposés. De plus, chez le même individu, la prophylaxie varie selon la forme de la lèpre, ouverte ou fermée.

Il existe, à travers le monde, environ cinq millions de lépreux. L'Asie tient la première place avec :

Chine : 1.000.000.

Indes : 1.000.000.

Indochine : 250.000 à 300.000.

Vient ensuite l'Afrique avec certains cercles du Cameroun, comme Garona et Ebolowa, où le pourcentage

de lépreux s'élève à 13 % et 20 % de la population indigène (Jeanselme). Rogers, à la III^e Conférence Internationale de la lèpre, donne 20 % de la population du Congo Belge.

L'Amérique, l'Amérique du Sud surtout, avec ses deux grands groupes : le groupe Colombie-Guyane, et partie Nord du Brésil, renfermant 31.000 lépreux, et le groupe Argentine-Uruguay-Paraguay et partie Sud du Brésil : 34.000 lépreux.

La moyenne de la population frappée par la lèpre est de 1 p. 1.000.

En Amérique Centrale, le pourcentage est encore plus élevé.

L'Océanie, où, à elles seules, les Indes Néerlandaises dépassent 60.000.

Les Chinois et les nègres de l'Afrique Occidentale ont introduit la lèpre en Amérique, en Australie et aux Indes Néerlandaises. Les Hindous dans les possessions anglaises en Afrique du Sud. Les Européens dans certains pays d'outre-mer, notamment l'Amérique Centrale et du Sud, qui est, par un retour des choses, cause de beaucoup de cas de lèpre en Europe. Les Suisses, autrefois colons en Brésil et Argentine, revinrent dans leur pays contaminés de lèpre.

L'Europe avec ses trois centres :

- 1° Les pays scandinaves et la Russie du Nord ;
- 2° Les pays balkaniques et la Russie du Sud ;
- 3° La péninsule ibérique et spécialement le Portugal.

En France, on compte à Marseille une trentaine de cas de lèpre. Dans les Alpes-Maritimes onze, dont dix

autochtones et quelques rares cas en Corse, Bretagne et Auvergne.

A Paris: 300 environ.

« Les malades, dit le docteur Decourt, sont venus en majorité à Paris, parce qu'ils avaient la lèpre, dans l'intention de se soigner. La minorité s'y trouve par le fait des hasards sociaux. »

On est loin du chiffre de 20.000, lors de la fondation de l'ordre de Saint-Lazare, en France.

Le chiffre donné par la statistique est inférieur, et de beaucoup, au chiffre réel, car le plus grand nombre de cas de lèpre fermée échappe aux autorités médicales. Seule la lèpre ouverte entre en compte, et encore faut-il faire la part aux cas de lèpre cachés volontairement par les malades, de honte ou pour d'autres motifs.

A la Guyane, les recensements administratifs indiquaient 81 lépreux. Le docteur Léger a pu estimer leur nombre à près de 500.

En raison des communications rapides entre les différents pays et particulièrement entre la France et les Colonies, la possibilité d'une épidémie autochtone, comme celle des Alpes-Maritimes, le problème de la lèpre en France se pose sous un angle différent.

Mais le problème de la prophylaxie de la lèpre sort du domaine national pour devenir international. Aucun pays, avec les meilleurs moyens de défense, n'arrivera à enrayer et à extirper ensuite de son territoire la lèpre, si les pays voisins et même éloignés ne pratiquent pas simultanément la même politique de lutte contre la maladie.

Il est incontestable que les pèlerinages lointains, les guerres de croisés ont beaucoup contribué à étendre la lèpre en Europe au moyen âge.

Les émigrations en masse, les conquêtes coloniales, les rapprochements des pays et même des continents par la rapidité plus grande des moyens de locomotion, peuvent jouer le même rôle. Et si l'ignorance sur les moyens de défense individuelle est moindre, le développement des grandes villes, la misère sociale qu'elles engendrent, l'entassement dans les faubourgs, la sous-alimentation due aux crises économiques, peuvent faire craindre une recrudescence du nombre des lépreux.

Rogers, dans l' « Office International d'Hygiène Publique », 1923, donne pour l'infection de la lèpre la statistique suivante :

12 % par la voie conjugale ;

42 % par le milieu ;

46 % par la cohabitation.

C'est surtout la cohabitation prolongée qui donne le plus grand nombre de cas d'infection.

Le danger est d'autant plus grave, dit le professeur Jeanselme, que la gravité de l'endémie lépreuse s'accroît en progression géométrique, quand l'ensemble de la population se multiplie en progression arithmétique.

DIAGNOSTIC DE LA LEPRE

La prophylaxie de la lèpre est avant tout une question de diagnostic.

« Le lépreux, dit Markanos, voit souvent tout d'abord le pharmacien pour lui demander un pansement, une pommade ou un remède quelconque pour guérir une éruption cutanée ou un écoulement nasal, puis c'est l'oto-rhino-laryngologiste qui lui examine le nez, puis le neurologiste est consulté pour des troubles de la sensibilité ; enfin, peut-être, un dermatologiste qui diagnostiquera la lèpre. »

Durant tout ce temps, le danger de contamination est grand pour son entourage et sa famille surtout.

La lèpre, par la richesse des symptômes et leurs manifestations variées, par ses analogies avec les différentes maladies cutanées, surtout tropicales, par une longue incubation de cinq à dix ans, par sa période dangereuse au début, de rhinite chronique, est le plus souvent méconnue.

Et puis la question des porteurs de germes sains a besoin d'une étude approfondie et l'observation de ces cas est difficile, étant donné que la lèpre ayant une période d'incubation très longue, le porteur de germes pourrait ne plus être porteur de germes à l'époque de la manifestation de la maladie.

Dans les pays où la maladie est éteinte, ce n'est qu'après plusieurs diagnostics erronés que le diagnostic de la lèpre vient à l'esprit d'un médecin averti. Et peu de médecins le sont en matière de lèpre.

La notice rapportée par le professeur Jeanselme et envoyée par l'Académie de Médecine de Paris à tous les médecins de France et des colonies peut rendre de grands services.

Mais une notice, fût-elle conçue dans les termes les meilleurs et les plus clairs, ne suffit pas. Il faut que, chaque année, l'Académie de médecine envoie aux médecins un bulletin sur la marche de la lèpre en France et dans les colonies, sur les possibilités de diagnostic et sur les meilleurs moyens de prophylaxie et de traitement. De plus, un stage obligatoire, ne fût-il que de courte durée, s'impose pour les étudiants en médecine.

Le diagnostic précoce de la lèpre est la pierre d'angle de la prophylaxie.

Les voies d'émission de la lèpre sont multiples. Les plus connues sont les lépromes ulcérés des muqueuses, en particulier la muqueuse nasale, et de la peau (Léger). Les larmes (Jeanselme), les crachats (Auche, Hollmann), les urines (Hollmann) et les fèces (Aring, Boeck) peuvent aussi jouer un rôle dans l'émission des bacilles de Hansen. Les bacilles peuvent se trouver aussi dans le suc ganglionnaire.

Le diagnostic doit être guidé par la clinique et non basé sur elle. Seul le diagnostic du laboratoire doit faire foi. En cas de doute, plusieurs analyses à des intervalles différents trancheront la question.

« L'existence du bacille nettement prouvée signe seule de façon indéniable la maladie de Hansen. » (Léger.)

Les réactions de laboratoire sont, ou insuffisantes, ou trop tardives.

La réaction d'Eitner n'est pas spécifique de la lèpre. On la trouve aussi dans la syphilis, mais jamais chez des sujets sains.

La réaction de Rubino ne peut se faire, dans la plupart des cas, qu'à un stade avancé, quand les symptômes cliniques imposent déjà le diagnostic. (Jeanselme.)

MODES DE TRANSMISSION

« La lèpre est une maladie contagieuse transmissible, et non une maladie infectieuse », dit le docteur Markanos. En effet, même dans les pays les plus touchés par la lèpre, elle ne prend jamais le caractère essentiel d'une maladie infectieuse, la rapidité de contagion.

La transmission de la maladie par l'hérédité est contestée par tous les auteurs.

D'après les expériences du professeur Marchoux, les insectes piqueurs paraissent jouer un rôle secondaire, surtout chez les indigènes à peu près nus, avec des lésions de grattage et de plaies ouvertes.

Les eczémas et différents ulcères peuvent jouer un rôle de porte ouverte à l'infection, les mouches ou insectes piqueurs déposant le bacille de Hansen sur la plaie. Les observations sur ce mode de transmission ne sont pas nombreuses, et il faut que le hasard s'en mêle pour que la lèpre se propage par ces moyens.

Les constatations faites sur place par le docteur Atkey démontrent que dans les régions infestées de mouches, la fréquence de la lèpre devient de plus en plus grande à mesure qu'on s'approche de la zone la plus infestée.

La transmission par les insectes, dit le professeur

Tanon, reste probable, mais non démontrable. La lutte contre les mouches sera donc opportune, malgré leur rôle secondaire et exceptionnel.

D'après les recherches nouvelles dues, en premier lieu, au professeur Marchoux, il semble que le rat joue un rôle dans la transmission de la lèpre. La question n'est pas encore élucidée. Le bacille de Stéfansky et le bacille de Hansen sont morphologiquement identiques, et semblent provenir d'une même souche. Mais la lèpre humaine et la lèpre murine ne peuvent être assimilées à une seule maladie transmissible de l'homme au rat et inversement.

La lèpre murine a deux formes cliniques, une ganglionnaire, la plus répandue, et une autre musculocutanée, très rare. L'évolution est très lente. En général, le rat succombe à une autre maladie, avant que des lésions viscérales importantes n'interviennent.

Il reste la transmission directe et indirecte de l'homme à l'homme.

La prédisposition naturelle pour la lèpre n'existe pas. Aucune race, blanche ou de couleur, n'est réfractaire à la contagion, si elle vit dans les mêmes conditions géographiques, d'hygiène et de cohabitation.

Mais, d'après les différentes observations, l'âge peut jouer un rôle dans la fréquence de la lèpre. Le tout jeune enfant est rarement touché. Il est probable que les enfants lépreux ne contractent pas la maladie par hérédité, mais par contagion, et, comme la période d'incubation est fort longue, le chiffre des enfants atteints progresse avec l'âge. A partir de deux ans jusqu'à vingt

ans, le nombre des lépreux est plus élevé. Puis leur nombre diminue au fur et à mesure qu'ils avancent en âge, pour être à nouveau très rare à la cinquantaine.

Il y a donc une immunité naturelle qui croît avec l'âge. Les enfants et les adolescents sont plus exposés que les adultes et plus encore que les vieillards. De plus, chez les enfants, le diagnostic est encore plus difficile, car les signes subjectifs : troubles de la sensibilité tactile, thermique, etc..., sont impossibles à déceler avec certitude.

La lèpre se transmet par deux voies, par voie lymphatique et ganglionnaire, la plus latente, et par le sang.

Le pouvoir contagieux du bacille de Hansen est très faible. Il y a à tenir compte aussi de la résistance naturelle de l'homme à la lèpre, dans les pays non endémiques. Ce qui explique les cas isolés d'infection, malgré le nombre des lépreux en circulation. L'exemple de l'hôpital Saint-Louis à Paris est frappant.

Une statistique de Léonard Rogers (dans « Lèpre », du professeur Jeanselme) montre que sur 7.000 individus, dont 80 % avaient cohabité et 30 % fait lit commun, seulement 3 à 5 % contractèrent la lèpre.

La transmission de la lèpre se fait donc surtout par une cohabitation étroite et prolongée et un contact intime et permanent.

La possibilité de contamination par des rapports sexuels est à soutenir. Il faut tenir compte dans la prophylaxie de cette possibilité. De même pour l'allaitement.

L'infection par l'intermédiaire des objets et mets manipulés et souillés par des boulangers, cuisiniers, blanchisseurs et serviteurs est à redouter.

PROPHYLAXIE

QUELQUES POINTS HISTORIQUES

Nous avons très peu de précisions sur la lèpre dans l'antiquité. Elle était confondue avec le pian, psoriasis et autres maladies de la peau. L'isolement, soit dans le désert, soit dans les montagnes, était souvent appliqué aux malheureux atteints des maladies cutanées graves. Il est fortement probable que la lèpre ouverte entraînait dans le nombre de ces maladies.

« Quiconque sera atteint de la lèpre (?) portera ses vêtements déchirés et il aura la tête nue. Il se couvrira la barbe et criera : « Souillé ! Souillé ! » Tout le temps que durera le mal, il sera souillé. Etant souillé, il demeurera seul, et sa demeure sera hors du camp. » (Lévitique, XIII.)

Au moyen âge la prophylaxie était dans certains lieux très sévère, allant jusqu'à la séquestration ; dans d'autres, la surveillance était relâchée. Non seulement elle différait d'un pays à l'autre, mais dans un même pays, les conditions d'existence des lépreux variaient selon les coutumes, les mœurs, les conditions d'existence des habitants.

Avec le développement des villes, la vie des lépreux empire ; ils sont refoulés de toute agglomération, obligés de vivre à l'orée des forêts, vivant des aumônes des paysans et des voyageurs.

La police des lépreux appartient à l'Official de l'évêque. Plus tard, au roi et ses échevins.

Lorsqu'on fonda l'ordre de Saint-Lazare, il y avait vingt mille lépreux en France.

L'église faisait précéder la séquestration par des cérémonies identiques à celles d'un mort, afin de signifier au malheureux sa rupture définitive d'avec les êtres vivants, même d'avec sa famille. Un costume spécial, avec un cœur d'étoffe rouge cousu sur la poitrine et un chapeau significatif étaient obligatoires pour tout lépreux.

Pour sortir, le lépreux, sous menace de punition, devait souffler dans un cor ou agiter sa cliquette.

Louis XIV décréta la fermeture de toutes les léproseries de France.

Le chirurgien sicilien Ingrassia (cité d'après Burnet) au XVI^e siècle, distingue quatre degrés de gravité de la lèpre.

Au premier, la lèpre n'étant pas encore contagieuse, le malade peut rester chez lui et se promener en ville, mais il doit cesser la vie intime avec sa femme et ne pas embrasser ses enfants. Au deuxième degré, le malade, déjà contagieux, aura, à domicile, une chambre personnelle et ne se promènera en ville que portant une marque distinctive.

Au troisième, isolement obligatoire à domicile pour

les riches, non sans précautions, afin de ne pas contaminer les serviteurs ; dans un asile pour les pauvres. Au quatrième degré, tout lépreux doit être retiré de la ville, les riches dans une maison de campagne, les pauvres dans un hospice, où ils ne seront pas mêlés avec les lépreux moins avancés.

LA PROPHYLAXIE A L'EPOQUE MODERNE

A la suite de l'épidémie de lèpre en Norvège, des mesures sévères furent prises dans ce pays contre la maladie. Elles conquièrent vite une renommée universelle. Et c'est sous le nom de méthode norvégienne que la ségrégation fut appliquée tout d'abord.

Danielssen et Boeck commencèrent les premiers, à Bergen, à donner une description clinique scientifique de la lèpre. Et Hansen, à peu près à la même époque, découvrit le bacille de la lèpre.

La ségrégation, aujourd'hui, est abandonnée à peu près partout sauf au Japon. En Norvège, même, elle est obligatoire seulement pour ceux qui se soustraient aux règlements de la prophylaxie.

La séquestration est inhumaine et peu efficace. L'isolement dans une île de même. Perrin recommanda au siècle dernier d'isoler tous les Français lépreux sur une île de la côte et de ne pas les laisser communiquer avec la métropole.

Dans l'île de Trinidad, la séquestration, loin de di-

minuer la lèpre, l'a, au contraire, fait progresser. En 1815, 77 lépreux, aujourd'hui 500.

La plus belle organisation de colonie lépreuse est l'île de Coulon, aux Philippines. C'est une république de 5.500 lépreux, organisée selon les méthodes de vie les plus modernes, avec théâtres, banques, cinémas, églises, et gouvernée par les lépreux eux-mêmes.

Mais malgré l'isolement et la parfaite organisation de cette grande léproserie modèle, l'internement, d'après les docteurs Kayser et Albret, n'a pas fait diminuer en quoi que ce soit la diffusion de la lèpre aux Philippines (cité d'après la « Lèpre » de Jeanselme).

Aujourd'hui trois méthodes sont surtout employées pour combattre la lèpre :

1° Méthode mixte, appliquée surtout au Brésil, Australie, Afrique du Sud et Philippines ;

2° Méthode française, qui consiste en organisation de villages agricoles de lépreux dans les colonies ;

3° Cure libre, avec dispensaires, et appliquée aux Indes Britanniques, par l'Ecole de Calcutta et le Système Propaganda Traitement Survey, la Birmanie, les Etats Malais et l'Etablissement des Détroits.

En Surinam, depuis le 1^{er} janvier 1930, la ségrégation est abolie.

Elle a été remplacée par :

a) Le dépistage précoce des lépreux, en particulier des enfants des écoles ;

b) Le traitement libre des lépreux dans les dispensaires ou à domicile, avec un contrôle rigoureux des instructions d'hygiène qui leur sont données.

3° Le traitement dans les asiles pour les malades qui ne peuvent pas se soigner dans des conditions satisfaisantes.

En Roumanie et en Grèce, la lutte contre la lèpre est basée sur l'isolement des formes infectieuses de la lèpre dans des colonies.

En Chine, pas d'organisation rationnelle, quelques léproseries insignifiantes existent sur tout ce territoire immense.

Dans les colonies françaises, il y a plusieurs léproseries. Les plus grandes, Mankavally (980 places) près de Tananarive, et Mangaran (900 places), dans la province d'Anisirabé à Madagascar.

En Indochine, une léproserie asile de 14 colonies agricoles et villages spéciaux abritent 3287 lépreux.

En France, le sanatorium de Valbonne (Gard), dans les bâtiments d'une ancienne abbaye de Chartreux, contient une trentaine de malades. Leur séjour n'est pas obligatoire et ils peuvent sortir sur leur demande.

La pratique de la libération sur parole dans les pays à méthode mixte de prophylaxie est une très bonne mesure. Elle implique préalablement un examen clinique et bactériologique, plusieurs fois répété, dans un espace de temps assez long.

En période négative, la mise en liberté des lépreux est sans danger pour la population saine, si les examens sont pratiqués consciencieusement. Mais ce contrôle doit être continué indéfiniment.

D'après H.-E. Hasseltunée (cité par Jeanselme, in « Lèpre ») sur 249 lépreux permissionnaires sur parole

de 1912 à 1921, de l'île de Molokaï, près d'Honolulu, 31 seulement ont présenté des rechutes.

La méthode de la cure libre et la formation des villages agricoles, sont à l'heure actuelle les meilleurs moyens de prophylaxie, car ils tiennent compte à la fois des intérêts de la société et de l'individu.

Les dispensaires doivent être ouverts à toutes les maladies cutanées, sans distinction. Ils amèneront beaucoup plus de malades à se soigner, que s'ils étaient uniquement destinés à combattre la lèpre.

« Mêlé à des pianiques, à des syphilitiques, à des mycosiques, clients nombreux du même dispensaire, le lépreux profitera, comme tous les autres des étuves, de la formation sanitaire, pour faire de temps en temps désinfecter ses effets. » (M. Léger.)

Il faut se garder de prononcer le mot lèpre devant les malades et avoir beaucoup de prévenance envers eux, les encourager, leur donner de l'espoir, en remontant leur moral par des paroles et gestes aimables et éloigner les dépressions psychiques par toutes sortes de distractions.

Muir et Burnet mettent l'hygiène au-dessus même du traitement chimique. Elle est un facteur essentiel dans l'amélioration et l'effacement de tous les symptômes cliniques et bactériologiques.

L'alimentation joue un rôle considérable. « Une famine, dit Muir, peut transformer une endémie en épidémie. Ce qui explique les grands ravages de la lèpre au moyen âge. »

Le meilleur régime, c'est le régime lacto-végétarien.

Le travail manuel, la vie au grand air, avec des exercices physiques appropriés sont un stimulant de l'organisme de premier ordre. Dans un rapport au Comité Permanent de l'Office d'Hygiène Publique, le docteur O. E. Atkey dit que la lèpre est plus commune dans le Soudan, parmi la population sédentaire que parmi la nomade.

Les maladies concomitantes à la lèpre diminuent la résistance individuelle du lépreux. Les observations du docteur Atkey démontrent, que dans le bassin du Nii entre le 12° et 6° parallèle, les négroïdes sont réfractaires à la maladie à un degré remarquable. Dans les régions infestées des mouches, la fréquence de la lèpre devient de plus en plus grande, à mesure qu'on s'approche de la région la plus infestée.

De même, lorsque dans des régions d'endémie lépreuse, de graves épidémies de paludisme ou de grippe viennent à se manifester, ou bien que la famine y règne, on observe une grande augmentation du nombre des cas de lèpre. Chez des enfants présentant jusqu'alors l'apparence d'une bonne santé, se développent les symptômes de la lèpre, non pas du fait d'une infection récente, mais parce que cette infection était préexistante, et se révèle à la suite d'un affaiblissement de la vitalité.

La syphilis, la tuberculose, la dysenterie, la gale, les infections vermineuses, l'humidité (sir Rogers) jouent le même rôle que le paludisme. Il faut les traiter d'abord ou en même temps que la lèpre, toutes ces maladies, autrement on risque de graves déboires, malgré les meilleures dispositions prises contre elle.

Le mariage est à déconseiller. La séparation ne devra pas être imposée, en cas de possibilité de procréation. Les naissances sont peu nombreuses dans les ménages lépreux. Il semble que la lèpre augmente la stérilité : la proportion des ménages stériles à Kasai (Congo belge) est d'environ 42 p. 100 parmi la population saine, elle atteint 16,2 p. 100 parmi les lépreux. La recommandation de vasectomie de Mitsuda est à rejeter du point de vue moral, en enlevant à ces êtres, l'unique joie possible, la pensée de se survivre, et du point de vue médical, car le nombre des enfants lépreux à la naissance est extrêmement réduit.

Les soins aux enfants nés de parents lépreux doivent être des plus sévères, pour les soustraire à l'infection. Il faut éloigner le nourrisson de ses parents et lui donner un allaitement artificiel. Dans les colonies, si la lèpre est neuro-trophique, s'il n'y a pas de mastite, si l'analyse bactériologique du lait est négative, on peut, sous une surveillance médicale et dans les milieux coloniaux, laisser l'enfant au sein de la mère malade (Jean-selme).

La prédisposition à la lèpre des enfants de lépreux, vivant dans les pays endémiques, est reconnue par tous. Le mieux, c'est de les soustraire à l'influence nocive du milieu, en les envoyant sur un territoire indemne. Ce n'est guère possible à l'état actuel que pour le nombre restreint des enfants nés des parents coloniaux. Mais, pour l'immense majorité des cas, il faut au moins une surveillance médicale stricte sur place.

PAYS A LEPRE NON ENDEMIQUE

Prophylaxie individuelle

Les mesures à prendre dépendent en grande partie de l'état du malade : s'il est en période d'évolution avec émission bacillaire, s'il se trouve à l'état de rétrocession et de latence, si la lèpre est ouverte ou fermée.

a) Malades à lèpre fermée.

Surveillance médicale à domicile. Le malade ne devra pas emprunter les objets de son entourage, pas de relations sexuelles si possible, éloignement des enfants. Le savon est le meilleur moyen à opposer à la propagation de la lèpre (Hansen). Les sous-vêtements, avant de les envoyer à la blanchisserie, doivent être trempés dans de l'eau froide additionnée de crésyl à 2 %. Les vêtements seront étuvés de temps à autre. Comme mouchoirs, il vaudrait mieux, comme le conseille le docteur Léger, employer du papier de soie et le brûler ensuite.

Bains-douches journaliers si les moyens le permettent. En tout cas, plusieurs douches nasales par jour, avec de l'eau salée et mettre ensuite quelques gouttes d'huile mentholée ou gomenolée à 1 %.

Un logement ensoleillé, bien aéré, non humide et désinfecté deux fois par an au formol.

b) **Malades à lèpre ouverte.**

Pour le malade aisé, se soignant à domicile, les mesures de désinfection doivent être encore plus rigoureuses, avec en plus pansement méthodique des plaies. Il pourrait avoir le libre choix de son médecin. Néanmoins, un médecin hygiéniste, spécialiste en la matière, devrait tous les mois visiter le malade. De plus, une surveillance médicale des personnes venant en contact quotidien avec le malade s'impose.

Le malade non aisé, ou dans l'impossibilité de se soigner à domicile, devrait être admis dans les hôpitaux.

Prophylaxie sociale

La déclaration obligatoire aura pour but un contrôle discret, mais suivi, du malade ; une meilleure surveillance, le plus souvent dans l'intérêt du malade même ; son isolement selon le cours de la maladie, selon ses moyens pécuniaires et le danger pour son entourage ; de l'éclairer sur l'hygiène et sur le traitement nécessaire.

« L'espoir de la guérison sera toujours le plus puissant mobile pour amener le lépreux à se faire traiter. »
(Léger.)

Surveillance très discrète des coloniaux et interdiction de certaines professions aux lépreux.

La création des hôpitaux spéciaux pour les malades à plaies ouvertes ou lésions des muqueuses créera dans l'esprit des gens le souvenir des léproseries et écartera beaucoup de malades. La susceptibilité est tellement grande chez ces malades — et, il faut le dire, elle n'est

pas sans fondement — qu'un malade du pavillon réservé aux lépreux de l'hôpital Saint-Louis, à Paris, disait au docteur Decourt :

« Que m'importe une chambre pour moi seul, la T. S. F., une salle de lecture ! Je suis valide, je veux vivre au grand air. Dans ce pavillon, qu'on mette les infirmes, les aveugles, qui ne peuvent participer à aucune vie sociale. Puis je ne veux pas être dans un pavillon dont on s'écartera quand on saura qui nous sommes. »

Peut-être reviendra-t-on au système des salles réservées dans les services des maladies de la peau, car aucun cas de contagion ne plaide en leur défaveur.

L'internement des malades ne doit pas être obligatoire. Il vaut mieux que les malades acceptent l'internement de leur propre gré. Pour cela, la persuasion par des moyens simples et humains et par des personnes exercées dans cette voie sera plus efficace que des mesures sévères édictées par la loi.

« Soignons les malades, déclarait le professeur Marchoux à la III^e Conférence Internationale de la Lèpre, visitons-les, répandons chez eux et dans leur entourage les règles d'une bonne hygiène, rendons-leur service, secourons-les, apportons-leur du bien-être et des consolations, nous arriverons mieux que par des lois draconiennes, qui les font fuir ou se cacher, à limiter le développement de cette odieuse maladie. »

A la cicatrisation des plaies et des lésions des muqueuses, le malade pourra se faire traiter dans les dispensaires.

L'argent pour les léproseries, trop chères, pourra être utilement employé pour soigner librement plusieurs malades, à la place d'un malade interné.

PAYS ENDEMIQUES ET COLONIES

C'est avant tout une question financière et administrative. Là où ces facteurs sont entrés en jeu, la lèpre a été combattue avec succès.

La ségrégation a fait partout faillite dans le monde.

Les lépreux à plaies ouvertes seront internés de préférence dans les hôpitaux ou sanatoriums.

Mais le sanatorium doit être, comme dit le professeur Marchoux, un établissement destiné à recevoir :

« 1° Les malades impotents ou misérables qui sont à la charge de la société ;

« 2° Ceux qui ne peuvent être isolés dans leur famille ;

« 3° Ceux qui ne savent pas s'isoler chez eux.

« 4° Il fonctionnera à la fois comme asile et comme sanatorium. On y donne le traitement approprié et on y enseigne la manière de vivre en société sans être un danger pour les autres.

« L'idéal est qu'il y passe beaucoup de monde, chacun ne séjournant que le temps nécessaire à son traitement et à son éducation.

« Ce qu'il convient d'enseigner, c'est surtout à éviter la promiscuité.

« Comme tous les autres, cet enseignement ne se don-

ne utilement que par la pratique. Le lépreux doit être isolé si l'on veut lui apprendre ce qu'est l'isolement. »

Donc pas de « léproseries prisons », selon la forte expression du professeur Marchoux. Les amis et les parents pourront visiter les malades, sous une certaine surveillance médicale.

Dans une léproserie, le mot d'ordre doit être le mouvement. Il faut créer un courant de vie qui détourne la pensée du malade de son idée fixe, une maladie qui ne pardonne pas et une captivité dont il ne voit pas la fin (Burnet).

Aux colonies, la méthode française des villages agricoles est la plus indiquée. Elle permet au malade de vivre au grand air, de pouvoir mieux surveiller les préceptes d'hygiène et d'éviter la promiscuité.

Pour les malades à lèpre fermée, ils pourront être autorisés, sous la surveillance médicale, à habiter une case à part et avoir des ustensiles personnels de travail et de nourriture.

Pour les malades à lèpre ouverte, formation de villages agricoles.

Il faut autant que possible que les colonies de lépreux se rapprochent des types de villages du pays où ils habitent. La différence de vie, des habitudes, des mœurs, doit être réduite au minimum.

Des frontières naturelles sont préférables aux frontières artificielles. Mais s'il est bon d'établir une colonie de l'autre côté de la rivière, et en aval si c'est possible, il est à l'encontre du but poursuivi de faire construire un village de lépreux sur une île.

L'éloignement des siens, l'isolement donnent lieu chez le malade à de graves troubles moraux. Et le moral de l'individu atteint joue un rôle considérable sur la marche de la maladie.

Il faut aussi soustraire à la vue des autres malades certains lépreux couverts de plaies et frappés d'infirmités qui leur inspirent une détresse incommensurable, allant jusqu'au désespoir. Les malades gravement atteints seront donc isolés et leur contact avec les autres empêché.

L'organisation du gouvernement général de l'Afrique Occidentale Française s'inspire, dans la lutte contre la lèpre, des considérations suivantes :

1° Partager les lépreux en deux parties, lépreux contagieux et non contagieux ;

2° Traiter les malades aux dispensaires, à l'hôpital et même à leur domicile ;

3° Placer les incurables et les indigents dans des villages agricoles ;

4° Donner aux lépreux la possibilité de vivre une vie de travail et non de parias ;

5° Ceux qui ont des lésions de lèpre fermée, les soigner à domicile.

Le traitement doit être méthodique et suivi. Et s'il est encore trop tôt, comme dit le professeur Froilano de Milo, pour garantir la guérison de la lèpre, nous possédons néanmoins assez d'éléments pour obtenir le blanchiment des malades, d'autant plus réussi que le traitement aurait été appliqué au début de la maladie.

CONCLUSIONS

I. — Les trois Conférences Internationales de Berlin (1897), de Bergen (1909) et Strasbourg (1923) ont joué un grand rôle dans la prophylaxie de la lèpre.

II. — La Société Internationale de la lèpre, fondée en 1931, qui rassemble tous les spécialistes de la lèpre, peut devenir une œuvre utile de premier ordre par l'échange des idées.

III. — Des sanatoriums bien organisés et bien équipés, sous la surveillance d'une jeune phalange de médecins et infirmiers dévoués et enthousiastes pour leur mission humanitaire. Un centre, à la fois de recherches et de direction, dans chaque territoire, avec des laboratoires les plus modernes et de larges moyens d'expérimentation mis à la disposition des chercheurs.

« Les recherches scientifiques, dit le docteur Burnet, se font en ordre dispersé ; il y a des savants qui n'ont pas de matériel d'études, et il y a des moyens d'études qui ne rencontrent pas de savants ; il n'existe pas d'échanges réguliers et permanents entre les médecins et savants des différents pays. »

IV. — Pour cela, il faut que la société prenne à sa charge la prophylaxie de la lèpre. Les personnes imbuées d'idées généreuses et les œuvres particulières, malgré

le grand désintéressement et le dévouement éprouvé, sont insuffisantes. Il faut une politique de grand style. Seul l'Etat, et même une entente entre les Etats, arrêteront la marche de la lèpre.

V. — La Société des Nations est tout indiquée pour jouer ce rôle. Mais il faut que les Etats deviennent moins jaloux de leur autorité et abdiquent une parcelle de leur immense pouvoir aux Commissions internationales réunies en vue de combattre les grandes maladies sociales.

Jusqu'à présent, le rôle de ces commissions est réduit à peu près au rôle des commissions d'études et machines à émettre des vœux. Il faut que leurs assemblées deviennent des assemblées de législation, et que leurs décisions soient obligatoirement appliquées sur une échelle internationale.

L'Etat actuel de la Prophylaxie de la Lèpre

par LUPU BARA,

né à Neamtz (Roumanie), le 13 Octobre 1903

Vu le Président : M. TANON, Professeur.

VU et PERMIS D'IMPRIMER :

Vu le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu le Recteur,
M. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ATKEY (O. E.). — Rapport au Comité Permanent d'Hygiène Publique (*Office Intern. d'Hyg. Publ.*, 1934).
- BURNET (E.). — La lèpre à la Soc. des Nations (*Hyg. Sociale*, n° 70, 1932).
- La lèpre. Histoire, légende, actualité, 1932.
- Rapport de la Conférence de Manille (*Revue d'Hygiène*, Paris, 1932).
- Le monde des lépreux (*Science Méd. Prat.*, n° 15, 1932).
- BALMA et PRIENTE. — Der Kampf gegen die Lepre (in *Zentralblatt f. Hauten Geschechstr.*, t. XLVIII, n° 3-4, 1934).
- DECOURT. — Origine de quelques cas de lèpre observés à Paris et psychologie du lépreux (*Thèse de Paris*, 1932).
- FROILANO DE MILO. — *Archivos da Escola Medico Cirurgica de Nova-Goa*.
- GOUGEROT. — Dermatologie en clientèle, 1932.
- GIRARD. — Le sort des enfants lépreux (*Sud méd. et chir.*, 15 juillet 1933).
- JEANSELME. — La lèpre.
- KUSSMEYER. — La lèpre dans les pays scandinaves (*Rev. Franç. de Derm. et Vén.*, IX, 1933).
- LÉGER (M.). — *Bull. de la Soc. de Path. Exot.*, 1917 ; *Ibid.*, 1918 ; *Ibid.*, 1923.
- Principes de la prophylaxie de la lèpre (*Société des Nations*, p. 1579, 1929 ; p. 353, 1932 ; p. 1890, 1932).
- Les grandes endémies tropicales, 1930.
- *Bull. de l'Institut Pasteur*, 1933.

MARKANOS (J.). — La Prophylaxie de la lèpre (extrait de la *Medicina Argentina*, Buenos-Aires, Febrero 1929).

MARCHOUX. — Dans *Exposição de motivos sobre o problema da Prophylaxia da lepra no estado de Sao Paulo*, de G. A. de Paula-Souza.

— Lèpre. Traité pratique de Path. Exot., 1919.

— *Bull. de la Soc. de Path. Exot.*, n° 2, 1927.

— *Rev. d'Hygiène et Méd. préventive*, t. XXXV et LII, 1930.

PÉGOURIER. — Lépreux dans quelques colonies françaises .
(*Thèse de Paris*, 1932).

ROGERS. — *Off. Internat. d'Hygiène Publ.*, 1923.

STEVENEL. — Traitement et proph. de la lèpre aux colonies
(*Hyg. sociale*, n° 70, 1932).

TANON (L.). — *Le Monde médical*, n° 767, 1^{er} mai 1930.

TRENEL (L.). — Caraâth. La lèpre biblique, le chapitre XIII du Lévitique et le Traité Negaiym (*Paris médical*, 1932).

Le Temps du 20 oct. 1932: L'organisation de la Prophylaxie antilépreuse, en Afrique Occidentale Française.



